

Domanda per l'accesso al contributo economico concesso ai caregiver familiari, finalizzato al sostegno del ruolo di cura e di assistenza, ai sensi della D.G.R. 124/2021. **Richiesta di accesso al voucher. (dichiarazioni da rendere esclusivamente utilizzando l'apposita piattaforma "My City" on line raggiungibile al seguente link: <https://ambiton17.mycity.it/istanze-online/istanza-dettaglio/1674383>. Non sarà ammessa nessun'altra forma di presentazione (mail, PEC, Raccomandata, consegna a mano ecc.).**

Il/la sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____ nato/a il _____
a _____ Prov. _____ Stato _____ residente nel Comune di _____
_____ in Via/P.zza _____ n.° _____ CAP _____
tel./cell. _____ Codice Fiscale _____
email _____;

stato occupazionale: Occupato / Disoccupato / Inattivo

in qualità di caregiver familiare di:

Nome _____ Cognome _____ nato/a il _____
a _____ Prov. _____ residente in _____ Comune afferente all'Ambito
n. _____ Via / P.zza _____ n.° _____ domiciliato presso _____
_____ CAP _____ tel./cell. _____
Codice Fiscale _____

DICHIARA

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R.445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 e delle conseguenze previste dall'art. 75 del medesimo D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

Di essere:

- cittadino italiano;
- cittadino comunitario o cittadino di Stato non appartenente alla UE, in possesso di titolo di regolare permesso di soggiorno n. _____ rilasciato da _____ con scadenza il _____ o, in caso di rinnovo, in possesso di ricevuta di presentazione della relativa domanda rilasciata in data _____;
- **che la persona di cui il caregiver familiare si prende cura non è in Assistenza Domiciliare Integrata;**
- che in data _____ è stata presentata richiesta per la valutazione in UVI;
- che la persona assistita dal caregiver familiare (il suo amministratore di sostegno, tutore o curatore) esprime il proprio parere favorevole rispetto alle attività svolte dal proprio caregiver;

DICHIARA INOLTRE

- di essere caregiver di una persona con disabilità gravissima (accertata con Verbale n. _____ del _____);

oppure, in mancanza di verbale UVI

- di essere caregiver di una persona con disabilità gravissima in attesa di valutazione in UVI richiesta n. ____ del _____;

oppure

- di essere caregiver di una persona con disabilità grave (accertata con Verbale n. _____ del _____);

oppure, in mancanza di verbale UVI

- di essere caregiver di una persona con disabilità grave in attesa di valutazione in UVI richiesta n. ____ del _____;

- che la propria situazione reddituale, risultante da certificazione ISEE in corso di validità è di € _____;

- di essere coniuge/genitore/figlio-a/convivente di fatto/parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso/sorella-fratello/affine entro il II grado di parentela/affine entro il III grado di parentela della persona con disabilità;

- di avere la residenza in altro comune rispetto a quello nel quale risiede il proprio familiare;

- che la persona disabile **non** usufruisce di nessuno dei seguenti programmi di assistenza:

- ✓ Programma Home Care;
- ✓ Programma per la Vita Indipendente;
- ✓ Programma "Dopo di Noi";
- ✓ Programma di assegno di cura;

- di non aver usufruito del bonus € 250,00 previsto dalla DGR 124/2021 - intervento 3.1, concesso ai caregiver familiari;

- di essere a conoscenza che, qualora la documentazione richiesta sia priva dei requisiti richiesti, l'Ambito Territoriale è titolato a dichiarare inammissibile la domanda.

N.B.: Il nucleo familiare è quello definito all'art. 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 5 dicembre 2013 n. 159 (Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente - ISEE).

CHIEDE

- di essere ammesso a ricevere il contributo, previsto dalla DGR 124/2021 intervento 3.2 voucher € 750,00 concesso ai caregiver familiari, finalizzato al sostegno del ruolo di cura e di assistenza (DPCM del 27 ottobre 2020, in attuazione del comma 255 dell'art.1 della Legge n.205/2017);

- la corresponsione del voucher di € 750,00

☐ sul seguente codice IBAN (se titolari di conto corrente) _____

sul conto corrente intestato a: Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____ IBAN _____

SI IMPEGNA

- a rendicontare le spese sostenute fornendo la relativa idonea documentazione giustificativa, dalla quale si evince chiaramente chi ha effettuato il pagamento, la causale e il beneficiario,

CONSAPEVOLE CHE Il termine ultimo per la presentazione della domanda di rimborso, completa di tutta la documentazione contabile giustificativa delle spese sostenute è fissato al 15 settembre 2023;

○ ad iscriversi al Registro regionale dei caregivers familiari di cui alla DGR n. 124/2021 non appena attivo;

INFINE DICHIARA

○ di essere consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 46 e 47 nonché dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, punite dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

○ di aver ricevuto l'informativa, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, le informazioni, i dati e le notizie e le dichiarazioni acquisite, di natura personale e sensibili, saranno trattati esclusivamente per l'espletamento e la erogazione del beneficio presso il Comune di residenza e l'Ambito Territoriale di competenza in qualità di titolare e responsabile.

○ I dati sopra richiesti verranno trattati dal Comune di residenza e dall'Ambito territoriale di competenza in qualità di titolare del trattamento. Il richiedente di cui al citato avviso ha il diritto di conoscere i propri dati utilizzati dal Titolare. Nel caso in cui i dati non fossero del tutto corretti, l'interessato ha il diritto di aggiornamento, di rettifica, di integrazione dei propri dati; l'interessato ha inoltre diritto di opporsi al trattamento nonché, in caso di violazione di legge, alla cancellazione, alla anonimizzazione e al blocco dei dati trattati.

Data _____

Firma _____

Allegati:

- copia documento di identità in corso di validità del richiedente sottoscrittore;
- copia del permesso di soggiorno e/o del cedolino di rinnovo;
- Attestazione ISEE in corso di validità;
- per i disabili gravissimi: verbale UVI con valutazione con strumenti in uso (SVAMA e SVAMDI) e per una delle condizioni di cui al medesimo art. 3 del DPCM 26/09/2016 con punteggio ivi indicato;
- per i disabili gravi: verbale UVI con valutazione con strumenti in uso (SVAMA e SVAMDI) e Barthel con punteggio minimo di 55, ovvero con gli strumenti di cui al DPCM 2016 con punteggi inferiori a quelli per la disabilità gravissima.